Z oddziału chirurg. prym. Dra Ziembickiego we Lwowie.

# Macica jednorożna z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski,

b. asystent i operator kliniki prof. Chrobaka w Wiedniu, lekarz chorób kobiecych i akuszer we Lwowie.

Wielka rzadkość wad rozwojowych narządu płciowego kobiecego, których przyczyna tkwi w nieznanych nam bliżej zboczeniach w początkach życia płodowego, dawała często pohop do opisów nieraz bardzo szczegółowych i opracowania takich przypadków, które zresztą nierzadko tyczyły się osób mogących przedstawiać się lekarzowi jako zupełnie prawidłowo rozwinięte. Nie mamy tu na myśli przypadków obojnactwa, które pod względem czysto społecznym mogą uczynić stanowisko danej osoby dwuznacznem albo całkiem niepewnem; natomiast chcemy mówić o częstym u kobiet braku dokładnego rozwoju części płciowych, który wywołując jużto zboczenia czysto patologiczne, już też upośledzenie pod względem płciowym, zmusza te osoby do szukania rady lekarskiej. Do najczęstszych tego rodzaju wad należy bezwątpienia

zamknięcie pochwy błoną dziewiczą (*atresia hymenalis*), które nie dozwala spółkowania i wywołuje zboczenia podczas miesiączkowania z następowymi stanami chorobowymi, jak krwistekiem pochwy, macicy (*haematocolpos*, *haematometra*) i t. d.

Jeżeli przedstawimy sobie rozwój tych organów z przewodów Müllera, pojmiemy, jak powstać mogą różnego rodzaju wady według tego, czy zboczenia wystąpiły w jednym tylko, czy też równocześnie w obu przewodach Müllera i to w górnej albo w dolnej części tak, że li tylko przez czysto teoretyczne kombinacye możnaby wymienić rozmaite wady rozwojowe części płciowych kobiecych, z których jednak w praktyce nie spostrzega się wszystkich.

Ogólny brak części rodnych, sprawa według Schrödera (*Handbuch der Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane.* 1886. str. 32—33) nadzwyczaj rzadka, objawów chorobowych nie sprowadza; osoby takie mogą czuć się zdrowemi zupełnie, gdy nieprawidłowo rozwinięte części płciowe stają się prawie zawsze powodem różnych stanów chorobowych. Już samo rozpoznanie takich stanów patologicznych natrafia niekiedy w praktyce na znaczne trudności, tem trudniejszem zaś staje się rozpoznanie wtedy, gdy w tak już z natury niezupełnie wykształconych narządach wystąpią jeszcze stany chorobowe.

Taki ze względu na objawy, rozpoznanie i terapię ze wszech miar ciekawy przypadek jest przedmiotem niniejszej pracy.

Rozalia St., licząca 18 lat, stanu wolnego, wyrobnica, w dniu 3. Września 1892 roku przyjętą została do szpitala powszechnego we Lwowie do oddziału chorób kobiecych.

Wywiady wykazały, że chora pochodzi z rodziny zdrowej, cięższych chorób w życiu nie przebywała. Pierwsza regularność wystąpiła w 16. roku życia i odtąd występowała w równych odstępach czasu co cztery tygodnie bez żadnych chociażby najmniejszych dolegliwości, sześć razy z rzędu, to jest przez sześć miesięcy, poczem już chora więcej jej nie miała. Od tego czasu, to jest od czasu ostatniej regular-

ności czuje się słaba. A mianowicie w równych odstępach czasu, odpowiadających dawniej pojawiającej się regularności, uczuwa chora nader mocne bóle w brzuchu, które coraz więcej wzmagając się doprowadziły chorą od roku do stanu ciągłego niedomagania, tak, że obecnie doznaje ciągłych bólów w podbrzuszu szczególnie po stronie prawej, co wraz z ogólnem osłabieniem nie dozwala chorej codziennej pracy. Przypady te skłoniły chorą do szukania porady w szpitalu.

Stan obecny: osoba wzrostu średniego, dość dobrze odżywiona, czerstwo wyglądająca, o silnej budowie kości, nie przedstawia żadnych zboczeń w ogólnym rozwoju ciała. Badanie organów wewnętrznych zmian znaczniejszych nie wykazuje. Sutki dobrze rozwinięte o wydatnych brodawkach. Skóra brzucha gładka, o grubej podściółce tłuszczowej blizn nie okazuje. Budowa kości miednicy o typie wybitnie kobiecym. Brzuch w całości wklęsły; tylko po stronie prawej w dolnej swej części jest wypuklony przez guz dokładnie dający się ograniczyć, który poczynając się na dwa palce powyżej prawego więzu Pouparta, sięga do wysokości pępka, nie przekracza na wewnątrz linii środkowej ciała, dochodząc na zewnątrz do przedłużenia prawej linii pachowej przedniej. W całości guz ten konsystencyi elastycznej daje niewyraźne uczucie chełbotania i jest za dotykaniem się nieco bolesny; poruszalność jego nieznaczna. Za dokładniejszem obmacywaniem dają się w tym guzie rozróżnić wyraźnie dwie części, z których jedna o ścianach zupełnie gładkich jest więcej kulista, druga zaś mniejsza kształtu kiełbasowatego leżąca na części pierwszej i nieco powyżej niej, okazuje na przedniej swej ścianie dwa lub trzy wręby, które jej walcowatej postaci nadają dziwaczne kształty. Połączenie obu tych części dolnej, kulistej, wychodzącej z miednicy małej i górnej kiełbasowatej, jest zupełnie ścisłe tak, że nie można zmienić ich położenia względem siebie. Bolesność za dotknięciem się jakoteż napięcie obu tych części jest jednakie. Części płciowe zewnętrzne dobrze rozwinięte; okolica wzgórka sromnego bujnym porostem włosów pokryta. Więzadło dolne utrzymane, błona dziewicza nieco naddarta od strony prawej. Wejście do pochwy wązkie, pozwala jednak na badanie wewnętrzne dwoma palcami. Pochwa dość wazka, długa, wyraźnie fałdzista, w całości więcej na lewo położona. Część pochwowa bardzo drobna, stożkowata, ujściem zewnętrznem ku górze zwrócona. Dalszy ciąg macicy bardzo małej, wybadać się daje po lewej stronie miednicy. Dokładne badanie

części dodatkowych macicy, utrudnione z przyczyny długości pochwy i znacznego napięcia powłok brzusznych, wykazuje, iż one po stronie lewej powiększonemi nie są, po stronie zaś prawej wybadać się nie dadzą. Przez sklepienie prawe i przednie wyczuć się daje guz o ścianach gładkich, po którym łatwo daje się przesuwać ściana pochwy, guz będący dalszym ciągiem powyż opisanego a przez powłoki brzuszne wybadać się dającego guza, również elastyczny i za dotykaniem bolesny. Poruszalność guza tego od strony pochwy jest bardzo mała. Pomiędzy tym guzem a małą, powyż opisaną, dnem swojem ku lewej stronie zwróconą macicą, nie można wykazać związku ściślejszego. Badanie przez kiszkę stolcową innych szczegółów nie wykazuje. Badanie za pomocą wziernika wykazuje małego stopnia nieżyt szyjki macicy i pochwy. Długość macicy, zgłębnikiem mierzona wynosi $3^1/_2$ centymetra.

Na podstawie tego badania odważyłem się przez rozumowanie z całą pewnością rozpoznać: *haematometra et haematosalpinx in cornu uteri rudimentario.*

Pozostawiając sobie dalsze uwagi na później, przechodzę do opisu operacyi, którą wykonałem w dniu 21. Października 1892 r. za łaskawą pomocą kol. Dra Festenburga w obecności prym. Dra Ziembickiego.

W narkozie chloroformowej poprowadzono cięcie w linii środkowej ciała, rozpoczynając nieco powyżej pępka a kończąc na 3—4 cm. powyżej spojenia łonowego. Po otwarciu otrzewny przyszyto ją w dolnym kącie rany do powłok zewnętrznych. Z powodu przykrej narkozy pętle jelit wysuwają się ustawicznie przez ranę w powłokach brzusznych i z tej przyczyny zmieniono zwykłe, poziome położenie chorej w ułożenie Trendelenburga. Po rozwarciu brzegów rany ukazał się po prawej stronie jamy brzusznej leżący w dole, typowo wyglądający guz trąbki prawej, wieloma zrostami po większej części wązkimi a długimi ze sąsiedztwem połączony; zrosty te oddzielono bez trudności na tępo. Z przyczyny krótkiego a szerokiego *mesosalpinx* jest ta rozszerzona trąbka w siebie samą zwinięta i otacza w ten sposób jajnik; ujście jej zewnętrzne nie daje się dobrze rozróżnić; brak tak zwanego *morsus diaboli*. ściany jej tworzą powierzchnię nierówną, pagórkowatą. Guz ten trąbki prawej odchodzi od guza większego, wychodzącego z miednicy małej kształtu gruszkowatego, który znajduje się poza otrzewną. Na gra-

nicy obu tych guzów założono dwie podwiązki mocne i pomiędzy niemi przecięto i usunięto trąbkę.

Po usunięciu jej można przekonać się dokładnie, że połowę prawą miednicy małej wypełnia guz elastyczny, kształtu gruszkowatego, znajdujący się pod otrzewną; obok zaś po stronie lewej jest poza pęcherzem moczowym mała macica zgięta ku przodowi. Macica w całości nieco w stronę lewą miednicy przesunięta ma po swej lewej stronie cienką (lewą) trąbkę i jajnik (lewy), gdy od strony prawej jest nieco wypukła a części dodatkowych strony prawej wykazać nie można.

Wobec tego po dokładnem oczyszczeniu jamy brzusznej i desinfekcyi zeszyłem powłoki brzuszne dokładnie szwem trójpiętrowym a następnie wbiłem przez pochwę w miejscu najwięcej przez guz wypuklonem gruby trójgraniec, poczem przez wytamponowanie pochwy gazą jodoformową ubezpieczyłem kaniulę trójgrańca przeciwko wypadnięciu i zostawiłem ją komornem. Przez kaniulę wydobywać się zaczęła treść brudna, gęsta, przypominająca nieco smołkę noworodków. Wystrzykiwań żadnych nie robiłem. Przez pierwsze dwa dni wylało się około pół litra płynu gęstego, ciemnego; trzeciego dnia po operacyi wypadła kaniula a ponieważ guza przez badanie zewnętrzne więcej wybadać nie było można, postanowiłem nie robić nic, tylko przestrzykiwać pochwę płynem antyseptycznym.

Stan ogólny chorej przez cały czas po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia pomimo, iż przez pierwszych kilka dni utrzymywał się stan podgorączkowy; tętno nie szybsze niż 80 na minutę.

| | | Rano | Wieczór |
|---|---|---|---|
| 21. | Października | — | 37·3 |
| 22. | „ | 37·5 | 38·0 |
| 23. | „ | 37·5 | 38·1 |
| 24. | „ | 38·0 | 38·5 |
| 25. | „ | 37·3 | 38·3 |
| 26 | „ | 37·7 | 38·2 |
| 27. | „ | 37·8 | 37·7 |
| 28. | „ | 37·2 | 38·0 |
| 29. | „ | 37·5 | 37·5 |
| 30. | „ | 37·5 | 37·5 |

Od dnia 31. Października ciepłota ciała utrzymywała się zawsze poniżej 37·5° C. Szwy z powłok brzusznych wyjąłem 7-go dnia; dwa szwy w dolnym kącie rany puściły, tamże utworzył się mały powierzchowny ropień.

Badanie wewnętrzne w końcu Listopada 1892 r. przedsięwzięte wykazało co następuje: Po prawej stronie pochwy i wzdłuż niej daje się wyczuć pasek tkanki oporniejszej (tęższej), aniżeli sama pochwa, grubości gęsiego pióra, który biegnąc wzdłuż pochwy w kierunku szyi macicy gubi się w guzie po prawej stronie miednicy małej. Guz ten znajduje się tuż obok macicy po stronie prawej, jest wielkości jabłka, o ścianach gładkich, za dotykaniem niebolesny, nieco ruchomy; poruszalność guza największa od przodu ku tyłowi.

W dnin 1. Grudnia 1892 r. pacyentka czując się zdrowa, na własne żądanie opuściła szpital.

W dniu 11. Września 1893 r. chora ta zgłosiła się znów do mnie opowiadając, że od czasu operacyi czuła się zdrową, peryod występował co miesiąc regularnie, z małemi bólami, dość obficie; spółkowanie nie sprawiało jej boleści, i że dopiero od dwóch miesięcy regularności nie ma a obawiając się, czy nie jest w ciąży, zgłasza się o poradę. Oprócz tego uskarża się na kaszel i od dłuższego czasu mocne poty w nocy.

Badanie wykazało macicę małą, twardą, mało ruchomą; szyjka drobna z ujściem ku górze zwróconem, jajnika ani trąbki wybadać nie mogłem, sklepienia niebolesne. Po stronie prawej macicy wyczuć się daje guz twardy, niebolesny, nieruchomy, przypominający wysięki twarde okołomaciczne.

W płucach daleko posunięte zmiany gruźlicze. Wobec tego uspokoiłem chorą, że nie jest w ciąży i zaleciłem obok środków skrzepiających przeciwko kaszlowi morfinę.

W dwa tygodnie później, to jest dnia 24. Września 1893 r. znów przedstawiła się chora. Wejrzenie jej charłacze; w płucach zmiany gruźlicze posunęły się znacznie i temu też należało przypisać brak regularności.

Od tej chwili chorej więcej już nie widziałem.

Przypadek ten jest ze wszech miar ciekawy, gdyż rozpoznanie było bardzo trudne. Schröder w dziele swojem o chorobach kobiecych (str. 61) wspomina, że tylko w dwóch przypadkach rozpoznano sprawę przed operacyą *„doch gelang es Hegar in den von ihm beobachteten beiden Fällen durch Ausschluss die Diagnose zu stellen“*.

W naszym przypadku badanie wewnętrzne wykazało nadzwyczaj małą, więcej po stronie lewej położoną macicę a obok niej po prawej stronie guz, nie zostający w żadnym związku z macicą. Chora sześć razy z rzędu przedtem miesiączkowała, miała więc jajnik, trąbkę i macicę zdrową.

Od 6-ciu miesięcy nie miała regularności, na podstawie jednak badania można było na pewne wykluczyć ciążę; z opowiadań zaś chorej jasnem było, że w czasie, w którym miesiączkowała dawniej, doznaje obecnie regularnie co miesiąc bólów w podbrzuszu (*molimina menstrualia*) i że w czasie tym dopiero dostrzegła guz po prawej stronie w dolnej części brzucha. Już samo opowiadanie chorej przypominało żywo opowiadanie osób cierpiących na zarośnięcie szyjki macicy lub zarośnięcie błoniaste pochwy (*atresia hymenalis vaginae*) z następowym krwistekiem macicy (*haematometra*) lub pochwy (*haematocolpos*).

Badanie zaś guza, a mianowicie części jego górnej, kształtu kiełbasy poprzewiązywanej nitką, dawało charakterystyczny obraz typowego guza trąbki; tak charakterystyczne kształty mogła mieć tylko trąbka wypełniona treścią. Ponieważ część ta górna guza łączyła się ściśle z guzem kształtu kulistego, wychodzącym z miednicy małej, przeto sama przez się nasuwała się myśl, czy też ten guz kulisty nie jest powiększoną macicą. Przyjąwszy to, należało już stanowczo rozpoznać wadę rozwojową (macicę podwójną), gdyż drugą macicę można było dokładnie wymacać przez badanie. Znaleźliśmy zatem u tej chorej dwie macice, jedną małą macicę z pochwą i prawdopodobnie prawidłowo rozwiniętemi częściami dodatkowemi, gdyż sześć razy z rzędu prawidłowo miesiączkowała, drugą zaś macicę powiększoną, nie mającą połączenia z pochwą, ani też nie mającą drugiej pochwy, z trąbką zmienioną, rozszerzoną, chełbocącą a więc zawierającą treść płynną. Ponieważ wywiady zniewalały do uznania, że gdzieś zatrzymuje się krew miesiączkowa, gdyż w regularnych co miesiąc odstępach czasu chora doznaje bólów w czasie, kiedy regularność dawniej się pojawiała, przeto należało z wszelkiem podobieństwem do prawdy rozpoznać krwistek macicy i trąbki a wykluczyć nagromadzenie się ropy lub płynu wodnistego w trąbce (*pyosalpinx* lub *hydrosalpinx*). Można było jeszcze przypuszczać możliwość powiększenia się macicy przez ciążę.

Gdy jednak macica ta nie miała połączenia z pochwą, przypuszczenie takie wydać się musiało nieuzasadnionem, chybaby zapłodnienie nastąpiło przez dostanie się plemników przez macicę niepowiększoną, trąbkę lewą i po otrzewnie do drugiej trąbki a ztąd do drugiej macicy. W obec tego należało jeszcze wykluczyć guz wychodzący z prawego więzadła szerokiego macicy. Otóż guz taki musiałby być

ściśle z macicą połączony, a nie znajdować się luźnie tuż obok, jak w naszym przypadku. Ponieważ jedna macica była z drugą całkiem niezłączona, przeto należało przyjąć, że macica mała powstała z lewego przewodu Müllera, z prawego zaś przewodu wytworzyła się trąbka prawa i tylko kawałek górny macicy.

W obec tego sądzę, że miałem prawo rozpoznać macicę jednorożną z krwistekiem w rogu szczątkowym i w trąbce.

Bardzo ważny szczegół można było wybadać po operacyi a mianowicie pasmo tkanki więcej zbitej, grubości gęsiego pióra, które idąc od prawej macicy przebiegało wzdłuż prawej strony pochwy, a które należy uważać za dolną część prawego przewodu Müllera, który w rozwoju swym nie wykształcił się. Obecność takich zgrubień tasiemkowatych, obok pochwy przebiegających, możnaby niekiedy wyzyskać jako szczegół rozpoznawczy w odpowiednich przypadkach.

Jeżeli przywiedziemy sobie na pamięć rozwój części płciowych z przewodów Müllera, to musimy uznać, iż w naszym przypadku zupełnie wykształcił się jedynie lewy przewód, po stronie prawej zaś rozwinęła się tylko górna część przewodu jako trąbka i róg macicy prawy, a dolną część powstrzymaną w rozwoju można było wybadać jako owo pasmo zbitszej tkanki.

Schröder (str. 56) rozróżnia następujące formy tego niedokształcenia części płciowych kobiecych:

1) Oba przewody Müllera są zupełnie wykształcone, mamy więc dwie macice, dwie pochwy; błona dziewicza jednej strony bywa zwykle nienaruszona.

2) Oba przewody Müllera są zupełnie wykształcone, po jednej stronie jednak przewód nie otworzył się do zatoki moczo-płciowej (*sinus uro-genitalis*), a więc pochwa odpowiedniej strony jest poza wejściem zamknięta.

3) Jeden przewód Müllera nie rozwinął się całkowicie a mianowicie w dolnej swej części; pochwa więc tej strony mniej więcej w połowie kończy się ślepo i tylko jest jej górna część wraz z macicą i trąbką.

4) Pochwa jest pojedyncza, ponieważ w rozciągłości jej zanikł przewód Müllera po jednej stronie, albo też ponieważ obie części pochwy już się połączyły; macica jest podwójna a jeden róg jej zamknięty.

5) Znajduje się macica jednorożna ze szczątkiem rogu drugiego (*mit rudimentaerem Nebenhorn*), w środku próżnym i bez żadnego przewodu odprowadzającego.

Zastanowiwszy się nad swym przypadkiem, widzimy, że najwięcej zbliża się on do przypadków należących według Schrödera do kategoryi 5-tej z tą różnicą, że jeszcze z dolnej części przewodu Müllera (prawego) utrzymała się mała resztka, wyczuwalna po prawej stronie pochwy jako pasmo tkanki zbitszej.

Należy teraz usprawiedliwić, dlaczego po tak dokładnem rozpoznaniu cierpienia, nie ograniczyłem się li tylko do punkcyi rozszerzonej macicy przez pochwę i wypuszczenia treści nagromadzonej, lecz wykonałem laparotomię i wyciąłem rozszerzoną trąbkę wraz z jajnikiem prawym. Otóż punkcya nie usunęłaby cierpienia trwale, ale tylko chwilowo; po pewnym czasie nagromadziłaby się krew miesiączkowa w macicy powtórnie i punkcyę trzebaby wykonać kilka razy, jak to zdarzyło się Martinowi. Gdybyśmy zaś przez punkcyę wytworzyli stałe połączenie prawej macicy z pochwą, natenczas chora mogłaby łatwo zajść w ciążę macicy prawej, której przebieg byłby co najmniej wątpliwym i niepożądanym.

Wreszcie przy odpływaniu treści nagromadzonej po wykonaniu punkcyi następuje skurcz i obniżenie się poziomu dna wypełnionej macicy, przyczem wraz z nią obniżają się i części dodatkowe macicy; nie ulega wątpliwości, że przy takiem pociągnięciu może łatwo uledz przedarciu trąbka rozszerzona, której cienkie ściany mogą być ze sąsiedztwem zrosłe a w takim razie treść trąbki wylana do jamy brzusznej sprowadza ciężkie zapalenie otrzewnej. Z powyżej wymienionych powodów wykonałem laparotomię; lecz dlaczego, mógłby się kto zapytać, nie usunąłem zarazem szczątkowej macicy?

Odpowiedź łatwa, gdyż po usunięciu jajnika i trąbki prawej pozostawienie tej szczątkowej macicy po wypuszczeniu treści, nie mogło chorej sprawiać żadnych dolegliwości;

wycięcie zaś takiej powiększonej macicy jest przecież zabiegiem bądź co bądź ciężkim.

Ważną wydaje mi się w tym przypadku okoliczność, że krwistek macicy znajdywał się prawie w całości po za otrzewną. Kaltenbach w dziele swem wydanem wspólnie z Hegarem (*Die operative Gynäkologie* 1886. S. 635) powiada, że wobec braku odpowiednich badań na zwłokach nad stósunkiem takich guzów z zatrzymania treści powstałych do otrzewnej, trudno na teraz stanowczo znaleźć najodpowiedniejszy sposób postępowania.

W dwóch swoich przypadkach ograniczył się Hegar do wytworzenia przetoki w sklepieniu pochwy, po poprzedniem wywołaniu zrostu pomiędzy ścianą guza a pochwy za pomocą przyżegania pastą wiedeńską. Wynik takiego postępowania był zadowalniający.

A. Martin (*Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten.* 1887. str. 52.) opisuje przypadek podobny do powyż opisanego, tylko że w przypadku Martina nie przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki i że szyjka macicy lewej przechodziła w bardzo słabo rozwinięty róg macicy, który łączył się ściśle z guzem wymacać się dającym po prawej stronie. W przypadku tym naciął Martin szeroko od strony pochwy, co jeszcze kilka razy musiał zrobić a wreszcie ścianę pomiędzy obiema pochwami wyciął i rozciął przegrodę między oboma rogami macicy. Mimo tego treść krwisteku w zaułkach rogu prawego macicy zatrzymując się, sprawiała szybki jej rozkład. Wspomniana pacyentka Martina w 5 lat później rodziła i teraz ma być zupełnie zdrową. W przypadku tym część wytworzonej pochwy po stronie prawej dozwoliła na większe nagromadzenie się treści w dolnym odcinku tak, że zanim jeszcze przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, już dolegliwości były tak wielkie, że chora zmuszoną była zasięgnąć pomocy lekarskiej. Gdyby zaś było przyszło do wytworzenia się krwisteku trąbki, zdaje mi się, że byłby Martin również wyciął trąbkę i jajnik.

Również i E. Fraenkel (*Breslauer ärztliche Zeitschrift*. 1887. IX. 74.) wykonał w podobnym przypadku kilkakrotnie punkcyę, poczem rozszerzył otwór przez krzyżowe cięcia i w ten sposób sprowadził wyleczenie. Większość jednak autorów zgadza się, że wytrzebienie (wycięcie jajnika i trąbki) po stronie chorej, jest postępowaniem odpowiedniejszem.

Warneck (*Zeitschrift für Geb. und Gynäkol. Stuttgart*. 1889. XVII. s. 299.) w przypadku, w którym pochwa kończyła się ślepo a nad nią znajdywała się macica z jednym jajnikiem, gdzie więc lewy przewód Müllera zupełnie się nie rozwinął, wykonał wytrzebienie z powodu wielkich bólów, występujących w czasie przypadania regularności, pomimo że w przypadku tym nie było możliwości zastąpienia.

W przypadku Frommla (*Münchener med. Wochenschrift*. 1890. str. 37.) również wytrzebiono przy zupełnym braku pochwy, dla silnych bólów. W przypadku tym rozpoznano macicę jednorożną wraz ze szczątkiem rogu drugiego.

Że wytrzebienie w takich przypadkach jest postępowaniem racyonalnem, potwierdza dalej Himmelfarb, (*Münchener med. Wochenschrift*. 1888. str. 283 i 303.) opisując przypadek ciąży w rogu macicy niewykształconym, obok istnienia drugiej macicy, przypadek skutkiem pęknięcia macicy z następowym krwotokiem wewnętrznym zakończony śmiertelnie.

Tutaj należy również wspomnieć o przypadku Treuba (referat Dormana w *Centralblatt f. Gynäkol*. 1893. Nr. 11. str. 247.), w którym przy operacyi podjętej w celu usunięcia wrzekomego nowotworu jajnika, przekonano się o ciąży w nierozwiniętym rogu macicy a z wywiadów pokazało się, że płód wydobyty, dość dobrze rozwinięty obumarł już od 3 miesięcy a pomimo tego zgnilizna płodu nie wystąpiła.

Mangiagalli (*Centralblatt f. Gynäkol*. 1893. Nr. 16.), opisuje przypadek ciąży w niedokształconym rogu macicy uleczony przez laparotomię; tenże sam autor podaje przypadek usunięcia rogu prawego macicy, wypełnionego krwią miesiączkową za pomocą laparotomii. Wreszcie ogłosił Mangiagalli (*Annali di ost. et Ginekol*. 1892. Nr. 5.) przypadek,

w którym przy operacyi znaleziono w niedokształconym rogu macicy wielki włókniak.

Fuld (*Archiv f. Gynäk.* 1889. XXXIV. *Salpingotomie wegen Haematosalpingx bei Gynatresie*). wyciął również następowo trąbkę, po nacięciu przedtem od strony pochwy, które okazało się nie wystarczającem.

W przypadku opisanym przez Trzebickiego (*Centralblatt f. Gynäk.* 1887.) rozpoznano sprawę podczas operacyi. W przypadku tym krwisteku macicy po stronie prawej, wykonano laparotomia, zeszyto macicę z powłokami brzusznemi a następnie utworzono przetokę od strony pochwy. Po 7-miu tygodniach wyleczenie, zeszycie rany w powłokach brzusznych.

Leopold dalej (*Archiv f. Gynäkolog.* 1889. XXXIV.) ogłosił przypadek macicy jednorożnej z rogiem szczątkowym strony drugiej, w którym wykonał wytrzebienie zapobiegawczo.

Kehrer zaś w rozprawie: *Über Gynatresien und deren Behandlung (Frauenarzt.* 1892.) zaleca wyraźnie w przypadkach krwisteku trąbki wyciąć trąbkę i usunąć jajnik, przestrzegając przed zwykle wykonywanem cięciem przegrody, poza którą krew miesiączkowa się nagromadza a to z przyczyny niebezpieczeństwa pęknięcia rozszerzonej trąbki po odpływie treści.

Jak widzimy z powyżej przytoczonych przykładów, wielu autorów radzi obecnie w przypadkach krwisteku macicy i trąbki wyciąć trąbkę z jajnikiem a nie, jak dotychczas, ograniczać się do odpowiedniego nacięcia od strony pochwy, uważając powyższe postępowanie za odpowiedniejsze i pewniejsze.

Wracając do swego przypadku, chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na ważną mojem zdaniem okoliczność. Mianowicie chora nasza wyraźnie opowiada, że miała sześć razy z rzędu regularność i dopiero po zatrzymaniu się regularności wystąpiły u niej bóle w krzyżach i podbrzuszu. Otóż mimowoli nasuwa się myśl, że peryod, to jest odrywanie się jajek i mie-

siączkowanie mogło w naszym przypadku przez cały szereg miesięcy (sześć) odbywać się po jednej stronie (lewej), poczem dopiero druga strona (prawa) zaczęła funkcyonować a pierwsza pozostała nieczynną. Przy wyrazie regularność musimy mieć dwie różne sprawy na oku a mianowicie dojrzewanie jajek w pęcherzykach Graafa i stan przekrwienia błon śluzowych części rodnych z macicą i jajowodami. W jakim stósunku obie te sprawy zostają do siebie, czy twierdzenie Pflügera czy też Leopolda jest słusznem, jest rzeczą dotąd nie rozstrzygniętą; w każdym razie sądząc na podstawie naszego przypadku, należy przypuścić, że jeden jajowód może przez kilka miesięcy funkcyonować, gdy druga strona spoczywa. Przypuszczenie to opieram na okoliczności, że dopóki krew miesiączkowa odpływała na zewnątrz, chora nasza nie doznawała żadnych dolegliwości i dopiero z chwilą, gdy odchody nie pokazały się w czasie przypadania regularności, chora uczuła bóle w podbrzuszu. Jeżeli wraz z Leopoldem przyjmiemy, że niezawiśle od jajkowania mogą występować przekrwienia części rodnych, czyli że od nich jajkowanie nie zależy, to możemy utrzymywać, że w naszym przypadku przez sześć miesięcy była czynna lewa strona (połowa), gdy prawa spoczywała, i że z wystąpieniem czynności strony prawej, strona lewa funkcyonować przestała. Ta zaś okoliczność, że z trąbki prawej odpływ był nie możebny, sprawiła, że rozpoczęcie się funkcyi strony prawej doszło zaraz do świadomości chorej w postaci bólów co miesiąc się powtarzających.

Jeżelibyśmy więc przyjęli, że jajkowanie nie odbywa się w ten sposób, żeby raz jeden, to znów drugi jajnik był czynnym, to zdaje mi się, że twierdzenie takie co do stanów przekrwienia jajników jest możliwe; za regułę wprawdzie tego uważać nie należy, ale tylko za rzecz możliwą. Odpowiadałoby to zapatrywaniom Lawson-Traita (*Traité clinique des maladies des femmes* par le Dr. Lawson-Trait traduit par Betrix. Paris 1891. s. 381.), który powiada, że jest przekonanym, iż jajkowanie nie ma nic wspólnego z prze-

krwieniem części płciowych czyli menstruacyą i że przypuszcza, że trąbki same dla siebie są przyczyną (punktem wyjścia) krwawienia, *le point de depart de l'ecoulement menstruel.*

Tyle z mego przypadku, mającego znaczenie praktyczne, dałoby się zużytkować dla nauki o regularności.

W końcu spełniam miły obowiązek złożenia Drowi Ziembickiemu, prymaryuszowi lwowskiego szpitala, serdecznego podziękowania za danie mi sposobności operowania chorej w oddziale chirurgicznym.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1894. Nr. 22—24.

Kraków, 1894. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.